

Charis Institute for Psychological and Family Services  
21 Southgate Court, Suite 101  
Harrisonburg, VA 22801

Phone: 540.568.1876  
Fax: 540.574.6076

### Formulario de admisión del niño

Cómo se enteró acerca de nuestros servicios o quien lo refirió? \_\_\_\_\_

#### Información General

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Nombre de escuela/grado \_\_\_\_\_

#### Persona responsable de la cuenta

Nombre \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa ( ) \_\_\_\_\_  
Teléfono Celular \_\_\_\_\_

*Para su comodidad y seguridad de confidencialidad, le pedimos que lea lo siguiente y firme:*

- Doy permiso para que Charis llame a mi casa y deje un mensaje en el contestador automático o con cualquiera que conteste el teléfono.
- Doy permiso para que Charis llame a mi número de trabajo si necesito que me llamen.

**Firma**

**Fecha**

#### Padre

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
( ) \_\_\_\_\_ Teléfono de casa ( ) \_\_\_\_\_  
Teléfono Celular \_\_\_\_\_ Empleo \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_  
Estado Civil: \_\_\_ Soltero \_\_\_ Casado \_\_\_ Divorciado \_\_\_ Separados

#### Madre

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
( ) \_\_\_\_\_ Teléfono de casa ( ) \_\_\_\_\_  
Teléfono Celular \_\_\_\_\_ Empleo \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_  
Estado Civil: \_\_\_ Soltero \_\_\_ Casado \_\_\_ Divorciado \_\_\_ Separados

#### Persona (s) que cuida al niño que no sean padres biológicos

Nombre \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono de casa ( ) \_\_\_\_\_  
Teléfono Celular \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo ( ) \_\_\_\_\_

Si el niño tiene hermanos o hermanas por favor escriba, incluyendo las edades. \_\_\_\_\_

## Información del seguro médico

Nombre de Aseguranza	Numero de Póliza/ Identificación de miembro	Número de grupo	
Dirección de la Aseguranza	Nombre del titular	Fecha de Nacimiento del titular	
Dirección del Titular	Ciudad	Estado	Código Postal

## Cuestionario médico

Fecha del último examen físico

Enumere cualquier problema médico que el niño tenga o haya tenido en el pasado y descríbalos. (También tenga en cuenta accidentes, hospitalizaciones, huesos rotos, períodos de inconsciencia)

Enumere todos los medicamentos que el niño/a está tomando, con qué frecuencia y la cantidad que está tomando el niño/a

**Método de pago**-Por favor, verifique el método de pago que va a utilizar

Efectivo    Tarjeta de Crédito    Plan de Pago    Aseguranza/Co-pagos o Deducible

Estamos más que contentos de cooperar con las personas que están cubiertas con un seguro de médico. Solo le pedimos que lea su póliza de seguro médico para asegurarse de cualquier limitación asociada con sus beneficios médicos. El seguro médico es un contrato entre el paciente y la compañía de seguros médicos con el fin de proveer beneficios. Debe tener en cuenta que las diferentes compañías de seguros médicos varían mucho en los tipos de cobertura disponibles. Asegúrese de verificar si su seguro médico requiere que pague un deducible antes que la compañía de seguro médicos pague un porcentaje de su factura restante.

Algunos seguros médicos requieren autorización previa para el tratamiento. Asegúrese de averiguar si su seguro lo requiere. La mayoría de las compañías de seguros médicos no se retratarán en cubrir cargos si esta autorización no se otorga antes del tratamiento. Cuando se requiere autorización previa, las compañías de seguros también requieren un tratamiento periódico o planes de servicio para ser enviados. Si su compañía de seguros requiere estos planes de tratamiento, usted como paciente es responsable de mantenerse al día con ellos. La compañía de seguros negará las reclamaciones si los planes de tratamiento no se envían el día o antes de que se presten los servicios. Dado que no tenemos control en la selección de su compañía de seguros (ni creemos que deberíamos hacerlo), no tenemos control sobre lo que pagarán o cuándo pagarán por los servicios dados. Por lo tanto, le pedimos que considere su seguro de manera realista como un dispositivo que lo ayuda a pagar por sus servicios aquí en Charis Institute. Por favor, comprenda que la asistencia con su reclamo de seguro se realiza de buena manera, pero independientemente de la cobertura del seguro, la obligación de pagar por los servicios prestados es de usted. Todos los servicios brindados deberán ser pagados en el día del tratamiento, incluso si tiene seguro médico, al menos que se hagan arreglos con anticipación en nuestra oficina.

Las compañías de seguros médicos generalmente limitan su cobertura a servicios que consideran médicamente necesarios. En caso de que reciba servicios y su seguro médico determine que no cumplió con sus criterios, usted comprende que usted es responsable del pago de estos servicios. Si tiene alguna pregunta al respecto, debe consultar a su compañía de seguros y su psicólogo antes de recibir los servicios.

Por la presente autorizo el tratamiento. Autorizo a Charis Institute a proporcionar a las compañías de seguros médicos toda la información médica necesaria para procesar este reclamo. Por la presente, asigno a Charis Institute todos los pagos por servicios prestados a mis dependientes o a mí mismo. Entiendo que soy responsable del pago de cualquier cantidad no cubierta por mi seguro médico y que la facturación de la compañía de seguros es una cortesía para mí y no una obligación de Charis Institute. Reconozco que las reclamaciones de seguro médicos pendientes más allá de los 60 días son responsabilidad mía y acepto que no demoraré el pago y que pagaré el saldo si un reclamo está pendiente más de 60 días. Entiendo que si hago un pago y el pago es recibido más tarde por Charis de mi compañía de seguros médicos, se me reembolsará. Entiendo que si mi cuenta es referida a una agencia de cobro o a un abogado para su cobro, acepto pagar todos los costos de cobro, incluidos, entre otros, el 35 por ciento, ya sea que se haya presentado o no una demanda. Si se devuelve un cheque al Charis Institute, entiendo que seré responsable de pagar la tarifa que el banco les cobra.

He leído y entiendo la póliza de privacidad de esta oficina.

Firma

Fecha

## Cuál es mi Puntuación de Experiencias Infantiles Adversas (ACE)

Si su hijo/a tiene entre 0-8 años de edad el padre/guardián tiene que rellenar este formulario.

### Antes de cumplir 18 años:

1. **Alguno de sus padres u otros adultos en su casa con frecuencia o con mucha frecuencia...**  
Lo ofendían, lo insultaban, lo menospreciaban, o lo humillaban? o  
Actuaban de tal forma que temía que lo fueran a lastimar físicamente?  
Si No Si la respuesta es "SI" anote 1 \_\_\_\_\_
2. **Alguno de sus padres u otros adultos en su casa con frecuencia o con mucha frecuencia...**  
Lo empujaban, lo jalaban, lo cacheteaban, o le aventaban cosas?\_ o  
**Alguna vez** lo golpearon con tanta fuerza que le dejaron marcas o lo lastimaron? \_\_\_\_\_  
Si No Si la respuesta es "SI" anote 1 \_\_\_\_\_
3. **Algún adulto o alguna otra persona cuando menos 5 años mayor que usted alguna vez...**  
Lo tocó o acarició indebidamente o le pidió que usted lo tocara de alguna forma sexual?  
O  
Intentó tener relaciones sexuales orales, anales o vaginales con usted?  
Si No Si la respuesta es "SI" anote 1 \_\_\_\_\_
4. **Se sentía usted con frecuencia o con mucha frecuencia que...**  
Nadie en su familia lo quería o pensaba que usted era especial o importante?\_  
o  
En su familia no se cuidaban unos a los otros, no sentían que tenían una relación cercana, o no se apoyaban unos a los otros?  
Si No Si la respuesta es "SI" anote 1 \_\_\_\_\_
5. **Se sentía usted con frecuencia o con mucha frecuencia que...**  
No tenía suficiente comida, tenía que usar ropa sucia, o no tenía nadie que lo protegiera?  
o  
Sus padres estaban demasiado borrachos o drogados para cuidarlo o llevarlo al médico si es que lo necesitaba?  
Si No Si la respuesta es "SI" anote 1 \_\_\_\_\_
6. **Alguna vez perdió un padre o una madre biológico(a) debido a divorcio, abandono, o alguna otra razón?**  
Si No Si la respuesta es "SI" anote 1 \_\_\_\_\_
7. **A su madre o madrastra:**  
Con frecuencia o con mucha frecuencia la empujaban, jalaban, golpeaban, o le aventaban cosas?  
o  
A veces, con frecuencia, o con mucha frecuencia le pegaban, la mordían, la daban puñetazos, o la golpeaban con algún objeto duro?  
o  
Alguna vez la golpearon durante varios minutos seguidos o la amenazaron con una pistola o un cuchillo?  
Si No Si la respuesta es "SI" anote 1 \_\_\_\_\_
8. **Vivió usted con alguien que era borracho o alcohólico, o que usaba drogas? Si**  
Si No Si la respuesta es "SI" anote 1 \_\_\_\_\_
9. **Algún miembro de su familia sufría de depresión o enfermedad mental, o alguien en su familia trató de suicidarse?**  
Si No Si la respuesta es "SI" anote 1 \_\_\_\_\_
10. **Algún miembro de su familia fue a la cárcel?**  
Si No Si la respuesta es "SI" anote 1 \_\_\_\_\_

Ahora sume las respuestas en que anoto "SI" \_\_\_\_\_

Esta es su Puntuación de Experiencias Infantiles Adversas (ACE)

**CONFIDENCIAL**

**HISTORIA SOCIAL DEL NIÑO**

**Formulario de padre / tutor**  
**Historia Social Infantil**